**ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ**

Токсикозами беременных называются заболевания, возникающие в связи с развитием плодного яйца и характеризующиеся весьма многообразными симптомами, из которых наиболее постоянными и выраженными являются нарушение функции центральной нервной системы, сосудистые расстройства, нарушения обмена веществ. По сроку возникновения и клиническим проявлениям принято подразделять токсикозы на 2 группы: ранние (рвота беременных, гиперсаливация, дерматозы, гепатопатия, невро- и психопатия и др.) и поздние - гестозы (водянка беременных, нефропатия, преэклампсия, эклампсия). В особую группу выделяют редкие формы токсикозов - гепатопатию (токсическая желтуха), острую дистрофию печени, тетанию беременных, хорею беременных, остеомаляцию, артропатию. Ранние токсикозы характеризуются обычно обезвоживанием организма. поздние токсикозы (ОПГ гестозы) - чрезмерным накоплением жидкости в тканях. Проблема токсикозов остается актуальной проблемой в связи с тем, что частота указанного осложнения не снижается, а даже увеличивается из - за снижения индексов здоровья современного поколения девушек и женщин и значительной частотой незрелости репродуктивной системы у них. И, кроме того, несколько изменилось клиническое течение токсикозов, когда на фоне длительного течения происходит взрывное ускорение клинических проявлений с развитием необратимых шоковых проявлений в системах и органах, обеспечивающих правильное течение беременности (плацента, почки, печень, легкие, сердце, головной мозг). К особенностям клинического течения токсикозов следует отнести полисистемность, полиорганность поражения с выраженным повреждающим действием на плод.

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТОКСИКОЗАМИ**

Первая встреча врача и беременной женщины происходит, как правило, в женской консультации. Во время первого посещения важно выяснить – не попадает ли женщина в группу риска по развитию токсикоза.

*Факторы риска развития токсикоза:*

1. экстрагенитальные заболевания до беременности сосудистой системы, почек, эндокринные и иммунологические нарушения
2. общий и генитальный инфантилизм
3. осложнения предшествовавших беременностей, родов и послеродового периода
4. хронические воспалительные процессы в эндометрии
5. хронические интоксикации никотином и алкоголем
6. наличие позднего токсикоза у матери и сестер
7. ранний (до 18 лет) или поздний (после 27 лет) возраст наступления первой беременности
8. неблагоприятное время зачати 15.04 - 15.08 и 15.11 - 10.08.
9. наступление беременности при пребывании на севере менее 5 лет
10. ранние осложнения беременности: токсикозы, угроза прерывания, артериальная гипотония, вегето-сосудистая дистония.
11. латентный дефицит железа (содержание гемоглобина менее 118 г.л. в первом триместре )
12. выявление во время беременности экстрагенитальной патологии
13. гемоконцентрация (увеличение содержания гемоглобина более 5 г.л. в 28 - 32 недели, лейкопения, тромбоцитьпения

Все женщины, имеющие вероятность развития гестоза, ставятся на учет в женской консультации и тщательно обследуются. За женщинами, не попавшими в группу риска, также ведется регулярное наблюдение. Важно как можно раньше выявитьначало токсикоза (на стадии претоксикоза) и провести лечение.

**ПРЕТОКСИКОЗ.**

Характеризуется состоянием беременной женщины, предшествующим гестозу, хотя не обязательно претоксикоз развертывается в токсикоз. Важно как можно раньше выявить претоксикоз до его перехода в более тяжелую форму.

Признаки претоксикоза:

* патологическая прибавка веса после 20 недели беременности при отсутствии видимых отеков.
* Повышение диастолического давления более 90 мм.рт.ст

       снижение пульсового давления до 30 и меньше.

* Асимметрия АД на двух руках (измерять всегда надо на двух руках) более 10 мм.рт.ст .
* функциональные пробы измерения АД: проба с поворотом - повернуть женщину на левый бок, на правый и если после этого изменение АД более чем на 20 мм.рт.ст то значит эта женщина войдет в группу риска.
* Снижение суточного диуреза до 900 мл/сутки и менее. При этом определяется уменьшение удельного веса мочи.
* Небольшая протеинурия.
* Более высокие цифры среднего АД. Норма среднего АД 90-100 мм.рт.ст, если более 105 то это патология.
* Лабораторные показатели (гемоглобин, гематокрит и т.д).

Лечение:

1.    Диета с ограничением солей натрия и с умеренным ограничением жидкости (1000 - 1200 мл в сутки). В настоящее время разгрузочные дни не назначаются.

2.    Режим. Должна быть обязательно отрегулирована двигательная активность и хороший сон. Обязателен прием седативных средств.

3.    Психопрофилактическая подготовка. Беременность и роды всегда являются стрессом поэтому показаны беседы с беременной женщиной, физические упражнения, плавание, рефлексотерапия).

4.    Прием антиаггрегантом для улучшения маточно-плацентарного кровообращения (трентал таблетки по 0.1, курантил таблетки по 0.025, компламин).

5.    Кислородотерапия с эклетроаналгезией для регуляции корковой нейродинамики, сосудистого тонуса.

6.    Витамины для улучшения метаболизма в тканях: гиндевит, витамин Е, метионин, глутаминовая кислота, витамин С, рибофлавин, никотиновая кислота.

7.    Для снижения проницаемости сосудистой стенки - аскорутин, галаскорбин, глюконат кальция.

8.    При патологической прибавке веса: мочегонные чаи, оротат калия, спазмолитики (дибазол, папаверин), антигистаминные средства.

9.    Препараты аспирина 60 мг/сутки начиная с 13 недели беременности у женщин из группы риска по развитию гестоза. Применение в таких доза основано на том что аспирин способствует выделению простациклин (естественного вазодилататора и антиаггреганта). Превалирование простациклина над тромбоксанами есть профилактика спазма сосудов.

10. Препараты кальция. У женщин с артериальной гипертензией имеет место повышение содержания кальция в клетках, что ведет к вазоконстрикции, а в плазме концентрация кальция уменьшается. Поэтому прием 2 г соли кальция в сутки начиная с 20 недель беременности широко применяется в США. Можно применять рыбий жир который содержит большое количество витаминов и кальция

**РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ.**

Встречаются у 60-50% всех беременных женщин, но требуют коррекции только у 10%. Ранние токсикозы беременных проявляются диспептическими нарушениями в виде рвоты, слюнотечения; редковстречающиеся формы - дерматоз беременных, бронхиальная астма беременны, гепатоз беременных (вплоть до жирового гепатоза беременных). Наиболее часто встречающаяся форма гипертонической болезни: рвота, и в зависимости от частоты рвоты, степени ухудшения состояния и лабораторных показателей различают:

1.    легкая степень

2.    умеренная степень

3.    тяжелая рвота

Для того чтобы определить степень тяжести рвоты беременных, необходимо провести следующие исследования:

1.    Клинический анализ крови (повышение гематокрита, гемоглобина, эритроцитов, увеличение СОЭ).

2.    Биохимический анализ крови (содержание общего белка и белок по фракциям, фибриноген, показатели тромбоцитов, ферменты печени).

3.    Анализ мочи (увеличение удельного веса, величина суточного диуреза, мочевина, креатинин для того чтобы выявить степень вовлечения в процесс почек).

4.    При всех механизмах патогенеза развитие раннего токсикоза беременных нарушает ЭКГ, которая также показывает степень нарушения электролитного баланса, ЭЭГ.

5.    Строгий подсчет частоты рвоты в сутки с сопоставлением с суточным диурезом.

6.    Оценка общего состояния: жалобы, пульс, сухость кожи и т.д.

Лечение легкой степени рвоты можно не проводить. Лечения требует тяжелая форма и умеренная рвота у женщин с риском развития перехода в тяжелую степень. Лечение проводится только в условиях стационара.

ЛЕЧЕНИЕ.

1.    Регуляция деятельности ЦНС: дроперидол - нейролептик с выраженным противорвотным действием (внутривенно, внутримышечно 1 мл 0.25% раствора Droperidol). При внутривенном введении эффект очень быстрый, при внутримышечном введении эффект наступает через 3-4 часа. Аминазин сейчас используют реже, так как он оказывается отрицательное действие на печень. Настои трав, таблетированные препараты реланиума (40-50 мг, или Relanium 0.5% 2 мл), нозепам (10 мг).

2.    Борьба с дегидратацией. При тяжелой рвоте инфузионная терапия не менее 1.5-3 л с сопоставлением с диурезом: солевые растворы (кристаллоиды), белки и препараты плазмы , 10-20% глюкоза, витамины группы В и С. При тяжелой рвоте преднизолон (гидрокортизон), эстрогены.

3.    Антигистаминные препараты: димедрол (Sol. Dimedroli 1% 1ml), пипольфен (0.025 таблетки), супрастин ( 2% 1 мл, в таблетках по 0.025), дипразин (2.5% 1 мл в ампулах).

4.    При наличии метаболического ацидоза - гидрокарбонат натрия 200 мл. Могут быть использованы - ацесоль, ортосоль, хлосоль, калия, натрия аспаргинат. Очень редко используют препараты брома. Реже используют полиглюкин, реополиглюкин -гиперонкотические препараты при высоких цифрах гематокрита не рекомендуются.

 Тяжелая рвота требует неотложной помощи. Показанием для прерывания беременности будут являться:

* тяжелое общее состояние
* неэффективность лечения в ближайшие 6-12 часов
* развитие острой желтой дистрофии печени
* развитие ОПН

Так как ранние токсикозы беременности чаще всего развиваются в 6-12 недель беременности, то способ прерывания беременности - искусственный аборт.

**ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ (ОПГ-гестозы).**

К ОПГ-гестозам относятся водника, нефропатия, преэклампсия и эклампсия.Неправильная адаптация организма к развитию плодного яйца наиболеечасто характеризуется спазмом кровеносных сосудов. нарушением их проницаемости. развитием отеков, сгущением крови, нарушением состоянияпечени и нервной системы. Клинические формы гестоза часто представляют собой определенные стадии развития единого патологического процесса. Нефропатия встречается у 2. 1-27%, эклампсия - у 0.05-0,1 % беременных и рожениц.

Для оценки тяжести гестоза предложены различные шкалы: в основе которых триада Цантгемейстера, где каждый симптом оценивается по баллам. Некоторые включают в показатели суточный диурез, субъективные жалобы, гипотрофию плода. Определяется индекс токсикоза.  
Самой распространенной является шкала Пеллер: выраженность отеков, прибавка массы тела, протеинурия, АД, суточный диурез, субъективные жалобы. Подсчитывают баллы. Шкала Репина: то же самое + состояние глазного дна. При легкой преэклампсии - ангиопатия с расширенными венами и суженными артериями. Тяжелая преэклампсия - сужение артерий и вен, преэклампсическое состояние - отек сетчатки. Прибавка массы не более 12 кг, но в зависимости от типа телосложения: при нормальной телосложении прибавка 9-10 кг, у гипостеников - 11-12 кг, у гиперстеников не более 8-9 кг. Таким образом, диагностика токсикоза идет на основании триады Цантгемейстера и лабораторных данных (снижение диуреза, наличие белка и цилиндром в моче, увеличение креатинина и мочевины, изменения печеночных проб; нарушение маточно-плацентарного кровообращения, данные УЗИ - гипотрофия, количество тромбоцитов - как прогностический критерий).

Группы риска по развитию ОПГ-гестоза:

1. Женщины с заболеваниями почек.
2. Женщины с заболеваниями сердечно-сосудистой системы - гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония, пороки сердца.
3. Женщины с эндокринопатиями и прежде всего ожирением и сахарным диабетом.

Обследование, которое должно пройти каждая женщина для уточнения тяжести гестоза:

1. Клинический анализ крови: обратить внимание на гемоглобин, гематокрит, СОЭ, количество эритроцитов, тромбоцитов.
2. Определение функции почек: суточный диурез, при тяжелой преэклампсии - определение почасового диуреза, проба Зимницкого, Нечипоренко. Обратить внимание на удельный вес, количество белка, наличие гиалиновых цилиндром.
3. Проверка функции печени на основе биохимического анализа крови: коагулограмма, количество белка, печеночный ферменты.
4. Определение состояния сердечно-сосудистой системы - цифры АД, пульс, ЭКГ (признаки миокардиопатии).
5. Осмотр глазного дна (установить степень ангиопатии сетчатки).
6. ЭЭГ.
7. Доплерография, УЗИ (определение толщины плаценты, степени зрелости (при гестозе превышен срок гестации) мелкоточечные кровоизлияния в плаценту, определение степени гипотрофии плода.

Диагноз ставят на основе лабораторных данных, клинических проявлений, а также по этим критериям судят о тяжести гестоза. Лечение гестозов проводится только в стационаре в связи с возможностью быстрого перехода в более тяжелые формы.

Принципы лечения:

1. Лечебно-охранительный режим: редуцированные дозы нейролептиков (дроперидол), атарактиков (седуксен, диазепам), антигистаминных (димедрол, пипольфен), аналгетиков с физиометодами (ИРТ, электроаналгезия).
2. Гипотензивная: лучше ганглиоблокаторы (пентамин, бензогексоний, гигроний) с учетом длительности их действия, 8% сульфат магнезии в/в капельно.
3. Детоксикация: коррекции КОС, электролитов, реологических свойств крови - гемодез, реополиглюкин, реоглюнам, кристаллоиды.
4. Диуретики на фоне адекватной инфузионной терапии с контролем водно-электролитного баланса, так как необоснованное применение диуретиков снижает ОЦК и увеличивает риск ДВС.

Лечение гестоза всегда проводится под контролем:  
\* цифр АД.  
\* Суточного диуреза, почасового диуреза в тяжелых случаях.  
\* Биохимических показателей, особенно тромбоцитов.

Неэффективность лечения поздних токсикозов определяется: 1) отрицательным диурезом; 2) резкими колебаниями АД на протяжении суток (падение до нормальных цифр); 3) высокое среднее АД;  
4) тахикардия; 5) сохраняющееся страдание плода.

Главное определиться со временем и скоростью родоразрешения. У 15% беременных с гестозом терапия неэффективна. То есть необходимость досрочного родоразрешения:

* при длительном вялотекущем токсикозе, не поддающемуся терапии
* тяжелой преэклампсии, не поддающейся терапии в течении суток.
* нарушение жизнедеятельности плода (внутриутробная гипоксия)

Если имеются зрелые родовые пути и если есть преэклампсия, то нужно проводить родовозбуждение с досрочной амниотомией: проводится амниотомия, женщина переводится в родильное отделение и намечается план ведения. Если родовые пути незрелы, течение гестоза вялое или наоборот яркое - родоразрешение путем кесарева сечения. Кесарево сечение показано при:  
Абдоминальное родоразрешение при ПТБ достигает 5-25% и показано:

1. некупирующаяся эклампсия (более стуок)
2. длительное (более 24 часов) коматозное состояние после эклампсии;
3. анавроз, отслойка сетчатки и кровоизлияние в глазное дно;
4. кровоизлияние в мозг и его угроза;
5. критическая неконтролируемая гипертензия;
6. расстройство мозгового кровообращения при безуспешности терапии в течение 2-3 часов;
7. олигоурии и анурии на почве ОНП и ОППН более 24 часов;
8. сочетание с акушерской патологией (возраст женщины, неправильные положения плода и вставления головки, рубец на матке, узкий таз, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, тазовое предлежание, выраженная гипоксия плода при неподготовленной к родам шейке);
9. эклампсия в первом периоде родов при отсутствии условий для быстрого родоразрешения;
10. отсутствие эффекта от родовозбуждения (раскрытие менее 4 см за 6 часов);
11. сочетание с комбинированным пороком сердца с преобладанием стеноза, коарктации аорты  
    II-III степени;
12. некупирующаяся острая ССН; некупирующаяся острая дыхательная недостаточность

Особенности ведения родов через естественные родовые пути: наличие болезненных схваток всегда приводит к обострению гестоза в родах, поэтому необходимо применять следующую тактику:  
ПЕРВЫЙ ПЕРИОД.  
1. Обезболивание (промедол, фентанил) , перидуральная анестезия - гипотензивное действие, расслабляет шейку матки, улучшает маточно-плацентарное кровообращение.  
2. Гипотензивная терапия внутривенно струйно - дибазол, папаверин, внутримышечно пентамин дробно, клофелин (седация, гипотензивное , обезболивающее действие), нитроглицерин подъязычно.

ВТОРОЙ ПЕРИОД.   
Наибольшая вероятность припадков и других осложнений. Внутривенно вводят ганглиоблокаторы капельно - управляемая нормотония (имехин, пентамин). В зависимости от состояния плода и матери второй период должен быть укорочен перинеотомией или наложением выходных или полостных акушерских щипцов.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД.  
С тщательной профилактикой кровотечения. Так как уже есть хроническая стадия ДВС. Внутривенно капельной окситоцин, метилэргометрин , в момент прорезывания головки.

**РЕГРЕССИЯ ПОЗДНЕГО ТОКСИКОЗА**

Обратное развитие основных клинических проявлений ПТБ длится до 3 недель, особо стойко держатся патогенетические нарушения на протяжении 1-й недели, поэтому сохраняется судорожная готовность и возможность возниновения эклампсии. Однако, резидуальные последствия ПТБ, особенно тяжелых и осложненных форм, резко увеличиваются через 1-2 года. Это заболевания почек до 30%, гипертензия до 25%, диэнцефальный синдром до 20%. Только 30% женщин, перенесших тяжелые формы ПТБ, остаются здоровыми. У остальных выявляются нарушения иммунной и эндокринной систем, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек. Это требует поэтапной реабилитация под наблюдением участкового акушера-гинеколога, терапевта, невропатолога, эндокринолога, нефролога. Что касается репродукции, то она возможна не ранее чем через 2 года и не позже 5 лет после ПТБ и только после тщательного системного обследования в условиях стационара.

**МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТОКСИКОЗОВ**

Во-первых, это оздоровление девочек, девушек, женщин репродуктивного возраста терапевтом при экстрагенитальной патологии.

Во-вторых, ранняя диагностика и лечение задержки физического и полового развития - задача педиатра.

В-третьих, обязательной фунцией акушера-гинеколога является раннее выявление и лечение полового инфантилизма, борьба с нежеланной беременностью, активное выявление и лечение хронических эндометритов и цервицитов.

Профилактикой же токсикоза непосредственно перед наступлением беременности и во время ее являются:

1. выявление групп риска ПТБ и рекомендации зачатия в оптимальные сроки (с 10.02 по 15.04 и с 15.08 по 10.11;
2. интенсивное диспансерное наблюдение за беременными групп риска по ПТБ - 1 раз в 2 недели в первой половине и раз в неделю во второй;
3. рациональный режим труда и отдыха с прогулками 2 раза в день на свежем воздухе;
4. ЛФК, физиопсихопрофилактическая подготовка;
5. рационально построенная диета: широкое употребелние овощей, фруктов, растительного масла, отварных мяса и рыбы, творога, замена соли сонасолом, разгрузочные дни под контролем веса и диуреза, магниевая диета;
6. витаминные препараты: С, ретинол, РР, галоскорбин, глютаминовая кислота, глюконат кальция, гендевит;
7. центральная электроанальгезия, массаж или гальванизация воротниковой зоны, электросон для регуляции корковой нейродинамики и сосудистого тонуса, ультразвук или микроволновая терапия на область почек для нормализации общей и регионарной гемодинамики, эндоназальная гальванизация, УФО;
8. улучшение маточно-плацентарного кровобращения: электрорелаксация матки по Хасину, ионофорез магния, ксантинола никотината, сигетин с фенотеролом, эуфилин в свечах, оксигенотерапия;
9. фитотерапия: пустырник, корень валерианы, плоды шиповника, мята, бессмертник, ромашка, сушеница, зверобой, толокнянка, листья брусники;
10. при выявлении претоксикоза госпитализация в дневной стационар с углубленным обследованием, лечение преформированными физическими факторами (центральная электроанальгезия, электросон, гальванизация шейно-лицевой, воротниковой зон, эндоназальная, ультразвук или микроволновая терапия на область почек). Комплексная витаминотерапия: биотин 3-5 мг, пиридоксин 10 мг, кальция пантотенат 100 мг, кальция панганат 100 мг, Е 0,5 мг, рибофлавин 5 мг, В12 10 мкг, никотиновая кислота 20 мг, С 200 мг 2 раза в день, разгрузочная диета. При отсутствии эффекта необходима госпитализация в акушерский стационар, так как это уже ПТБ.

Главным условием профилактики ПТБ является преемственность в работе ж/к и акушерского стационара, ранняя диагностика и лечение начальных форм ПТБ с обязательной коррекцией фето-плацентарного и маточно-плацентарного комплекса.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ**

1. 3 недели ежедневно: АД, диурез, анализ мочи и крови; пробы Земницкого, Нечипоренко, Реберга, определение мочевины и белков крови; терапия, улучшающая функциональное состояние ЦНС, водно-электролитный и белковый баланс, устранение гиповолемии.
2. В поликлинике до 1 года: терапевт раз в месяц, АД, анализ мочи и крови. Симптоматическое лечение ЦНС, АД, почек, при патологии - лечение.
3. При повышении АД и протеинурии в течение 6 месяцев после родов - госпитализация в специализированное отделение, а затем

1 год после стационара - обследование и наблюдение врачом-специалистом по профилю.